



**SCHONE HANDEN,
ALS DE ENE HAND DE ANDERE WAST**

PROF.DR. C.H.J. VAN EIJCK

**SCHONE HANDEN,
ALS DE ENE HAND DE ANDERE WAST**

Oplage 1000
Omslagfoto Levien Willemse, Rotterdam
Ontwerp Ontwerpwerk, Den Haag
Drukwerk Océ-Nederland B.V., Rotterdam

ISBN 978-90-77906-74-3

© prof.dr. C.H.J. van Eijck, oratiereeks Erasmus MC
25 juni 2010

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j°. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB).

**SCHONE HANDEN,
ALS DE ENE HAND DE ANDERE WAST**

REDE

In verkorte vorm uitgesproken
ter gelegenheid van het aanvaarden
van het ambt van bijzonder hoogleraar
met als leeropdracht Chirurgie met
specifieke aandacht voor het pancreas,
aan het Erasmus MC, faculteit van de
Erasmus Universiteit Rotterdam
op 25 juni 2010

door

PROF.DR. C.H.J. VAN EIJCK

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Leden van het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit,
Mijnheer de Decaan van de Faculteit Geneeskunde,
Leden van de Raad van Bestuur van het Erasmus Medisch Centrum,
Leden van het bestuur van de stichting Trust fonds,
Beste collegae, familie, vrienden, en studenten
y mi querida familia española*

Inleiding

Van nature was ik misschien meer geschikt voor een cognitieve discipline, voor een introspectieve richting: interne geneeskunde, of misschien zelfs pathologie. Alleen de aanblik van een operatiekamer bezorgde me als middelbare scholier al koude rillingen.

Misschien heb ik dat meegekregen vanuit het huis waar ik geboren ben aan de Coolhaven. Na een vakantie baan als administratief medewerker op de afdeling Heelkunde bij professor Herman van Houten in het voormalig Dijkzigt ziekenhuis wist ik het zeker. Chirurgie was het moeilijkste wat ik mij kon voorstellen, alleen al het idee om een scalpel vast te houden.

En dus werd ik chirurg.



Dijkzigt ziekenhuis

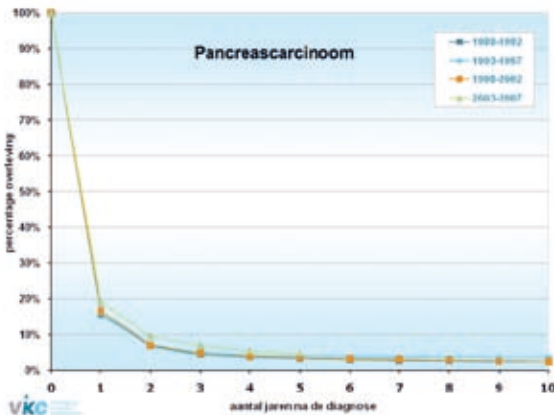
Nu, bijna twintig jaar later, sta ik niet bekend om mijn snelheid, wetenschappelijk of technisch vernuft. Als je zegt dat ik evenwichtig ben, een ploeteraar, dat ik de stijl aanneem die het beste past bij de patiënt en de specifieke situatie, dan beschouw ik dat als een groot compliment. Ik put moed uit het feit dat collega-artsen bij mij komen wanneer ze zelf onder het mes moeten. Zij weten dat ik na de operatie net zo bij hen betrokken ben als ervoor, tijdens of er na. Zij weten dat aforismen als “when in doubt, cut it out” of “snijden kan geen uitstel lijden” bij mij niet aanslaan. Dergelijke “wijsheden” leggen eerder feilloos de onbenullige werkwijze van mijn collega’s bloot.

Mijn klinische opleiders prof. Hans Jeekel en prof. Kieje Bruining, voor wiens chirurgische kwaliteiten ik de diepste bewondering heb, zeiden: “De operatie met het beste resultaat is die waarvan je besluit af te zien”. Maar hoe moeilijk is dat wel niet in sommige gevallen.

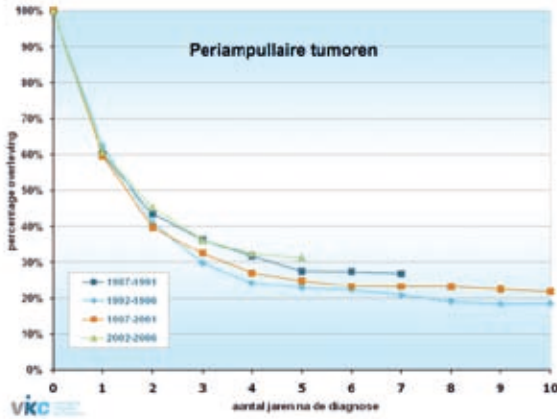
Weten wanneer ik niet moet opereren, weten wanneer iets mijn vaardigheden te boven gaat, weten wanneer ik een andere chirurg van een hoog kaliber, die in ruime mate aanwezig zijn in het huidige Erasmus MC, te hulp moet roepen. Dat talent, die gave is weinig spectaculair. Je realiseren dat als de buik open ligt, jij er de baas over bent maar zodra je hem hebt dicht gemaakt, hij de baas over jou is. Dat is wat gastro-intestinale en vooral pancreas chirurgie tot het moeilijkste en het meest uitdagende specialisme maakt binnen de geneeskunde.

Pancreas en periampullaire tumoren

In Nederland wordt per jaar bij ongeveer 3.000 patiënten met een progressieve obstructie icterus een maligniteit gediagnosticeerd. Het betreft dan meestal een pancreaskop- of periampullaire tumor. De peri-ampullaire maligniteiten bestaan uit tumoren van de distale (in het pancreas gelegen) galweg, van de papil van Vater of uit maligne gedegenererde, villeuze duodenum tumoren. Daarnaast wordt bij ongeveer 200 patiënten elders in het pancreas een maligniteit vastgesteld. Helaas presenteert 35-45% van al deze patiënten zich met metastasen en is de tumor lokaal doorgegroeid bij nog eens 40% tot 50%. Slechts maximaal 10-15% van de patiënten ondergaat uiteindelijk een gecompliceerde operatie met curatieve intentie. Ondanks deze operatieve ingreep bedraagt de 5-jaarsoverleving voor patiënten met een pancreascarcinoom ongeveer 10%; voor patiënten met een periampullaire tumor bedraagt dit percentage minder dan 40%. U ziet dat er de afgelopen 20 jaar helaas nog weinig verbetering is waar te nemen. Dit alles maakt pancreas- en periampullaire tumoren in Nederland de vijfde doodsoorzaak van alle maligniteiten.



Relatieve overleving naar periode van diagnose Pancreascarcinoom



Relatieve overleving naar periode van diagnose Periampullaire tumoren

Teneinde de perioperatieve zorg, de prognose maar ook palliatieve zorg van patiënten met een pancreas of periampullaire tumor op een nog hoger niveau te brengen is een gecoördineerde, multidisciplinaire en geïntegreerde aanpak noodzakelijk.

Chirurgie

Voor verschillende soorten kanker operaties, waaronder pancreas resecties, is enkele jaren geleden al aangetoond dat hoog volume ziekenhuizen een lager mortaliteit en morbiditeit hebben dan laag volume centra. Met andere woorden, wanneer een operatie frequent wordt uitgevoerd is de postoperatieve sterfte aanmerkelijk lager dan wanneer de zelfde ingreep slecht enkele keren per jaar wordt verricht. Zowel in Amerika als in Nederland en België is vastgesteld dat de perioperatieve mortaliteit 4 tot 5 keer zo hoog is in laag volume centra. Ook de kans op ernstige algemene complicaties zoals pneumonie, aspiratie, sepsis, cardiale complicaties en nierfalen is gerelateerd aan het aantal uitgevoerde gecompliceerde operaties.

Maar er is meer.

Bloedverlies, transfusie behoefte en het aantal re-operaties zijn aanmerkelijk minder, in hoog volumecentra. De ziekenhuisopname is korter en de daarmee verbonden kosten zijn gemiddeld 15% lager dan in laag volumecentra. Patiënten geopereerd in deze centra hebben een grotere kans ontslagen te worden naar een tijdelijk verpleeg- of verzorgingstehuis en niet naar huis.

De laatste jaren is duidelijk geworden dat de kans op overleving significant toeneemt als een patiënt geopereerd wordt in een ziekenhuis waar een zelfde vorm van kanker regelmatig wordt geopereerd. Dit geldt in het bijzonder voor long- slokdarm-, maag- maar eveneens voor alvleesklierkanker. Dit verschil kan niet worden verklaard door tumorstadium, aanvullende therapie of postoperatieve mortaliteit.

In een grote meta-analyse bedroeg de Hazard ratio, ook wel het relatieve risico genoemd, van late mortaliteit voor de geopereerde patiënten met alvleesklierkanker, gecorrigeerd naar tumorstadium 0.78 (met een 95% CI {0.64-0.95}) in het voordeel van hoog volume ziekenhuizen. De kans op late mortaliteit is dus 22% lager in deze centra. Patiënten geopereerd in hoog volume centra ondergaan vaker een radicale resectie en er zijn aanwijzingen dat hier een betere selectie plaatsvindt van patiënten die in aanmerking komen voor een curatieve resectie. In laag volume ziekenhuizen worden minder patiënten met een kleine tumor, in een vroeg stadium geopereerd.

Het definiëren van patiënten en operaties met een hoog risico, evenals het bepalen van het aantal operaties noodzakelijk voor een hoog volumecentrum, is moeilijk. De algemene conditie en de comorbiditeit verschillen vaak tussen patiënten in hoog en laag volumecentra. Studies die de kwaliteit van operaties bestuderen verschillen in de gehanteerde definitie voor hoog en laag volume. Hoog volume centra in de ene studie zijn laag volume centra in andere studies.

Daarnaast spelen andere factoren nog een belangrijke rol. Zo is er bijvoorbeeld een duidelijke relatie aangetoond tussen de perioperatieve mortaliteit na pancreatoduodenectomie (beter bekend als de Whipple operatie) en het aantal verrichtte longoperaties of levertransplantaties in een ziekenhuis. Er is niet altijd een

verschil in chirurgische complicaties na resectie in hoog dan wel laag volumecentra. De voor de hand liggende vraag is dan ook in hoeverre alleen de pancreaschirurg verantwoordelijk is voor de kwaliteit en uitkomst van zorg. In hoog volume centra is er mogelijk een betere preoperatieve screening met een frequenter voorschrijven van bijv. blokkers, een invasievere perioperatieve monitoring en zijn er meer gespecialiseerde intensivisten beschikbaar. Daarnaast is een goed ervaren team van interventie radio- en gastroenterologen van groot belang bij de operatieve behandeling van patiënten met pancreastumoren.

Door de toepassing van de endo-echografie met mogelijkheid tot cytologisch onderzoek, de omstreden pre-operatieve galwegdrainage (waar ik later op terug kom) en het stenten van de ductus pancreaticus, is de bedreven gastroenteroloog die 24 uur per dag beschikbaar is, onmisbaar. Regelmatig moet door pancreaschirurgen, vaak 's avonds en 's nachts, met spoed een beroep worden gedaan op de interventie radioloog.

In een grote serie van 1061 patiënten die een Whipple operatie ondergingen kwam meer dan 40% van de geopereerde patiënten in aanmerking voor interventie radiologie. Het ging hierbij niet alleen om pre- of postoperatieve galwegdrainage, maar eveneens om embolisatie van postoperatieve bloedingen of drainage van postoperatieve abscessen, bilomen of chylus lekkage.

De meeste van vorengenoemde gegevens zijn beschikbaar vanuit Amerika maar het is onwaarschijnlijk dat deze in Nederland hiervan veel verschillen. In de periode 1994 tot 1996 werden in Nederland 65,4% van de pancreas resecties uitgevoerd in laag volume centra. Ondanks deze opzienbarende resultaten bleek in 2004 dit nog niet veel anders. In de periode 2001 tot 2003 bedroeg dit percentage nog 57,3% een afname van 8,1%.

Gelukkig is er de afgelopen jaren wel een toegenomen belangstelling voor de verbetering van de complexe oncologische zorg. Zo is de regionalisatie van patiënten met een ovarium carcinoom naar gespecialiseerde centra in Nederland een goed voorbeeld. In vele andere landen bestaat hiervoor veel waardering vooral omdat hiermee aantoonbaar de uitkomst van zorg is verbeterd. Verder is het percentage pancreasresecties in laag volume centra in 2008 nu aanzienlijk gedaald naar 34,8% maar de wachttijden voor operatie zijn daarmee zeker niet minder geworden.

In 1994 al heeft de Gezondheidsraad zich in het rapport 'Kwaliteit en taakverdeling in de oncologie' al uitgesproken over de wenselijkheid om afspraken te maken over samenwerking bij de diagnostiek en behandeling van een aantal tumorsorten. In onze regio heeft dit onder andere geresulteerd in de oprichting van tumorcommissies binnen het IKR-netwerk. Na de oprichting van de multidisciplinaire IKR-werkgroep GE-tumoren in 2001 is besloten dat de verdere activiteiten van de tumorcommissies op GE-gebied door deze werkgroep zouden worden voortgezet. In de themavergadering

over het pancreascarcinoom in oktober 2003 is afgesproken regionale afspraken voor te bereiden. Een projectvoorstel werd geschreven in 2004 waarin een aantal doelstellingen zijn geformuleerd om te komen tot een kwaliteitsverbetering en taakverdeling ten aanzien van pancreas- en periampullaire tumoren, gericht op de diagnostiek en behandeling van deze patiënten. Daarnaast heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) recent besloten het aantal ziekenhuizen waar tot voor kort slokdarmoperaties werden verricht drastisch te beperken. Het is voor het eerst dat in Nederland een dergelijke, maar hoogst noodzakelijke, maatregel door de IGZ is genomen. Aanleiding voor deze maatregel, is het feit dat de postoperatieve morbiditeit en mortaliteit na een oesophagusresectie en reconstructie in Nederland lineair gerelateerd is aan het aantal operaties dat in een ziekenhuis wordt uitgevoerd. Dit geldt evenzeer voor pancreasoperaties en naar het zich laat aanzien zal binnenkort een dergelijk besluit volgen voor pancreaschirurgie. Dit besluit van de IGZ en de berichtgeving in de landelijke media leiden tot een verhoogd aanbod van nieuwe patiënten die zich bij voorkeur onder behandeling willen stellen van erkende centra op het gebied van het pancreascarcinoom, waaronder het Erasmus MC.

Diagnostiek

Op dit moment is het diagnostische traject voor patiënten met pancreastumoren en periampullaire tumoren in de regio divers. Tussen het eerste bezoek aan de huisarts en operatie bestaat een gemiddelde doorlooptijd van 3 tot 4 maanden, waarbij regelmatig herhaling van diagnostiek plaatsvindt (tot in 30-40% van de gevallen). Vorig jaar nog publiceerden wij dat bij meer dan 60% van de 116 patiënten die werden doorverwezen voor chemoradiatie in verband met een vermoedelijk locally advanced pancreascarcinoom, de elders verrichtte CT-scan van onvoldoende kwaliteit was om deze diagnose goed te kunnen vaststellen. Na adequate staging middels een nieuwe CT scan bij sommige patiënten aangevuld met een diagnostische laparoscopie kwam slechts 40% voor chemoradiatie in aanmerking. Een radicale resectie kon werd alsnog uitgevoerd bij 6 patiënten. Naar aanleiding van onder meer deze studie werd binnen de IKR-werkgroep GE-tumoren, in het kader van het eerder genoemde project, besloten om de regionale ziekenhuizen het radiologisch diagnostisch protocol voor pancreasaandoening, zoals dat in het Erasmus MC wordt gebruikt te doen toekomen. Hierna werd een bezoek gebracht aan vele radiologische maatschappen binnen de IKR regio en werd het diagnostisch protocol mondeling toegelicht. Op alle bezochte locaties was de CT scan van meer dan voldoende kwaliteit om het protocol te kunnen toepassen. Uiteindelijk heeft deze vorm van regionale samenwerking er toe geleid dat de afgelopen 2 jaar nog slechts in enkele gevallen de CT scan van onvoldoende kwaliteit is en in het Erasmus MC moet worden herhaald. Binnenkort wordt het mogelijk om diagnostische beelden verricht in de regionale IKR ziekenhuizen via een beveiligde externe server direct te beoordelen. Het moge duidelijk zijn dat deze nieuwe mogelijkheden het diagnostisch proces aanzienlijk versnellen en de uitstekende afdeling Radiologie van het Erasmus MC zal ontlasten, maar wat nog belangrijker is: vele voordelen heeft voor de patiënt.

Tot zo ver de diagnostiek.

Een andere doelstelling binnen het IKR project was het terugbrengen van de doorlooptijd tussen het eerste bezoek aan de specialist en een eventuele operatie. Ondanks de inspanningen van velen is dit echter in het Erasmus MC niet realiseerbaar gezien het grote aanbod van andere complexe operaties zoals lever- en niertransplantaties, slokdarm resecties, geavanceerde endovasculaire procedures en de opvang van grote multitraumata. Dit moet zeker zo blijven gezien de landelijke functie en de infrastructuur van het Erasmus MC. De lange wachttijden voor patiënten met operabele gastrointestinale tumoren in het Erasmus MC leidt echter terecht wel tot onbegrip binnen de IKR regio en daar buiten.

Mede dankzij de ondersteuning vanuit de Raad van Bestuur is er een efficiënt en patiënt vriendelijk zorgpad ontwikkeld voor patiënten met een obstructie icterus. Zowel de afdeling Radiologie als Maag-darm-leverziekten participeren actief hierin en

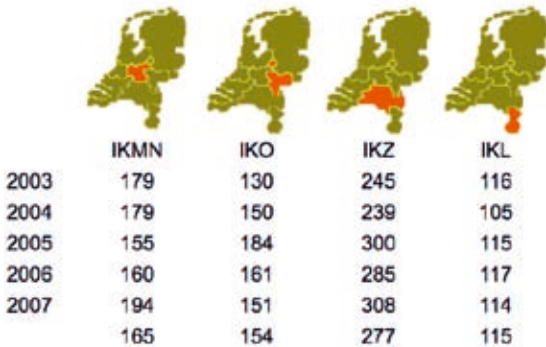
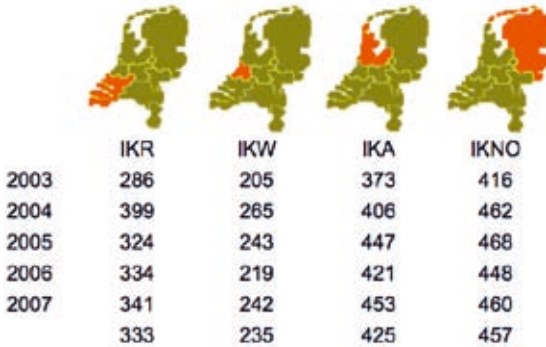
de coördinatie van de patiëntzorg vindt veelal plaats door een speciaal opgeleide nurse practitioner. Na een gedeelte van dit zorgpad snel te hebben doorlopen is het voor de patiënt als of ze tegen een muur lopen als ze vernemen dat de wachttijd tot operatie veelal meer dan 8 weken bedraagt. Vooral omdat in een recent landelijk onderzoek, gecoördineerd van uit het AMC, is aangetoond dat het sterk de voorkeur heeft operabele patiënten met een obstructie icterus binnen één week tot 10 dagen te opereren. De kans op complicaties neemt aanzienlijk toe tijdens de periode dat de patiënt in afwachting is van een operatie.

In een recente gepubliceerde studie bestaande uit 228 patiënten die werden geopereerd in verband met een pancreascarcinoom, werden preoperatieve parameters bestudeerd die mogelijk van invloed waren op de overleving. Naast bekende parameters zoals de hoogte van de tumor marker CA 19-9 en de histopathologische gradering, was de duur van de symptomen, gerelateerd aan de primaire tumor, van significante waarde ($P = .0001$). Patiënten die langer dan 40 dagen tot aan de operatie klachten hadden van bijvoorbeeld geelzucht, buikpijn of gewichtsverlies hadden een 4 keer zo grote kans om binnen een jaar te overlijden dan patiënten die binnen 40 dagen werden geopereerd.

De lange wachttijden voor operatie hebben er, niet alleen in de IKR regio, op begrijpelijker wijze toe geleid dat er nog steeds in verschillende ziekenhuizen sporadische pancreasoperaties plaatsvinden of dat patiënten worden doorgestuurd naar centra in het buitenland waar zij over het algemeen op korte termijn worden geopereerd.

Hoe nu het tij te keren?

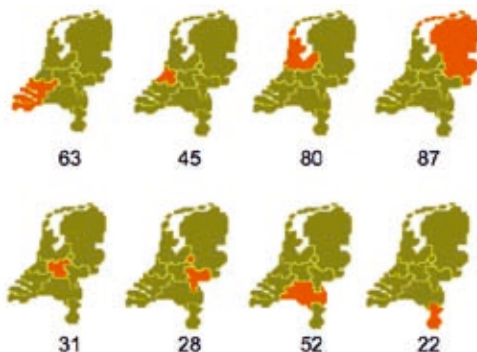
Vanuit mijn oogpunt gezien is onderlinge samenwerking tussen academische centra en regionale ziekenhuizen binnen de landelijke IKC's onvermijdelijk. Opvallend is hoe constant de incidentie is van het aantal patiënten met een gastrointestinale maligniteit in de integrale kanker regio's .



Incidentie pancreascarcinoom

Op deze dia's ziet u de incidentie van patiënten, voor zover beschikbaar, met een pancreascarcinoom in de verschillende IKC regio's.

Uitgaande van een totaal van 389 verrichte Whipple operaties in 2007 voor een maligniteit en waarbij er in 10% van de gevallen een zelfde operatie wordt uitgevoerd voor premaligne of benigne aandoeningen is het te verwachten aantal pancreatoduodenectomiën relatief eenvoudig per regio te voorspellen.



Pancreatoduodenectomie (per jaar)

Dit is een nagenoeg constant aantal operaties met een gemiddelde jaarlijkse groei van ongeveer 2% binnen de IKC regio's. Gezien dit voorspelbare aantal operaties, gebaseerd op IKC's gegevens moet het toch mogelijk zijn om tot een goede planning te komen en zo de wachttijden terug te dringen. Deze planning dient regionaal plaats te vinden zodat er niet meer sprake is van centralisatie maar van regionalisatie van complexe pancreaschirurgie.

De IKC's kunnen hierbij ondersteuning bieden en moeten het proces bewaken en begeleiden waarbij vooral het patiëntenbelang een belangrijke rol speelt. Daarbij moet worden gewaakt voor het gevaar dat dreigt bij het terug dringen van de wachtlijst waardoor er een toename zou kunnen ontstaan van patiënten buiten bijvoorbeeld de IKR regio. Daarom is het van groot belang er naar te streven de wachtlijst problematiek via de regionale kankercentra te structureren. De recentelijk ondertekende intentie verklaring tot verdere samenwerking tussen de verschillende IKC's biedt hier toe goede mogelijkheden. De betrokken en verantwoordelijke specialisten uit de IKC's moeten zich landelijk verenigen in een oncologische werkgroep gericht op de behandeling van het pancreascarcinoom. Een constructieve samenwerking met andere werkgroepen bijvoorbeeld met de zo succesvolle acute pancreatitis werkgroep kan hierbij zeer vruchtbaar zijn.

Enkele jaren geleden zijn door het IKR-netwerk chirurgen een aantal kwaliteitscriteria en randvoorwaarden opgesteld voor de operatieve behandeling van pancreas – en periampullaire maligniteiten. Hierbij nemen de professionele deskundigheid en aanwezigheid van ondersteunende disciplines een belangrijk plaats in. Voor de jonge chirurg is een aantoonbare stage in pancreaschirurgie bijvoorbeeld in het kader van een CHIVO-schap oncologie of gastroenterologie noodzakelijk. Te overwegen valt om alleen een gespecialiseerde chirurgische vervolopleiding aan te bieden aan specialisten die een specifiek deel van de gastrointestinale chirurgie gaan verrichten in een daarvoor

gekwalficeerd centrum. Een twee jarige opleiding volgen in bijvoorbeeld slokdarm en pancreaschirurgie is een relatief korte periode en is alleen zinvol als dit in een regionaal ziekenhuis een vervolg krijgt. Opleiden waar behoefte aan is en niet opleiden om op te leiden, zeker in deze tijd van algemene bezuinigingen.

Naast de dagelijkse zorg voor de patiënt na pancreaschirurgie dient de continuïteit van zorg, ook in weekenden tijdens vakanties en congressen, te zijn gewaarborgd. Een minimum van twee dedicated pancreaschirurgen per centrum vooral in geval van eventuele complicaties is dan een volgende randvoorwaarde. Een nascholing op een orgaan of HPB (hepatopancreatobiliaire) congres minimaal 1 keer per 2 jaar is een minimale vereiste. Registratie van pancreatobiliaire chirurgen zou kunnen plaatsvinden volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. In een centrum voor pancreaschirurgie dienen in ieder geval de volgende ondersteunende disciplines continue aanwezig te zijn. Interventie gastroenterologen en radiologen en daarnaast chirurgisch betrokken intensivisten. Een toegewijde patholoog op het gebied van pancreatobiliaire aandoeningen strekt tot aanbeveling gezien de toegenomen complexiteit van zowel de solide als cysteuze afwijkingen. Voor de preoperatieve zorg, chirurgische technieken, en ondersteunende zorg worden protocollen en kwaliteitsindicatoren opgesteld gebaseerd op de nieuwe CBO richtlijn. Op locatie vindt complicatieregistratie plaats volgens de International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS) classificatie. Hiermee wordt ongetwijfeld het zogenoemde “Hawthorne effect” bereikt wat betekent, dat simpel registreren van bepaalde handelingen, leidt tot verbetering in uitkomst van de handeling, in dit geval pancreaschirurgie.

Een evidence based gestandaardiseerd verpleegkundig klinisch zorgprotocol is al voorhanden en toepassing hiervan zal kosten besparend werken. Zo daalde de totale kosten in het MD Anderson van pancreaschirurgie met 23% na invoering van een door hen opgezet zorgprotocol. Bij invoering van het zelfde protocol in de Thomas Jefferson University, waar aanzienlijk minder pancreasoperaties worden uitgevoerd, daalde diezelfde kosten zelfs met 47%.

Voor een goede logistiek, registratie en organisatie is het mijns inziens wenselijk voor pancreaschirurgie per IKC regio, naast een academisch ziekenhuis, 1 of maximaal 2 regionale centra te betrekken. Bij goede onderlinge afspraken zullen de wachttijden kunnen worden terug gebracht en zal de kwaliteit van zorg voor de pancreas patiënten aanzienlijk verbeteren. Voor het slagen van deze kwaliteitsslag zijn een aantal factoren van cruciaal belang. Naast enthousiasme en inzet van de betrokken specialisten, om de beoogde veranderingen te effectueren, dienen er op management niveau vanaf Raden van Bestuur tot op de werkvloer voldoende draagvlak en financiële mogelijkheden te worden gecreëerd om onderlinge samenwerking tussen ziekenhuizen te faciliteren. Dit geldt zeker voor het Erasmus MC omdat een goede relatie met de ziekenhuizen en een

optimale onderlinge samenwerking tussen verschillende maatschappen binnen onze regio, de positie van het academisch ziekenhuis alleen maar versterkt.

Bruggen bouwen vanuit de academie naar sterke partners. De kwaliteit van de patiëntenzorg moet hierin leidend zijn, wat betekent dat de medisch specialisten zelf toenadering zoeken tot hun 'preferred partner' in de regio.



'Bruggen bouwen'

De handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg zoals recent (2010), opgesteld door ondermeer de KNMG, beoogt de randvoorwaarden te verbeteren om zorgverleners handvatten te geven voor een goede organisatie van de zorgverlening, en patiënten duidelijk te maken wat zij ter zake mogen verwachten. Deze handreiking kan dienen om de regionalisatie van pancreaschirurgie in goede banen te leiden. Gezien het grote aantal veranderingsprocessen waarmee een ieder in de gezondheidszorg momenteel wordt geconfronteerd is een stimulerende en procesbewakende functie van een IKC-medewerker van essentieel belang. In het IKR kunnen we ongetwijfeld gebruik maken van de opgedane kennis bij de totstandkoming van de al eerder genoemde regionalisatie van het ovariumcarcinoom. Zeer regelmatige terugkoppeling van gegevens, het snel en adequaat oplossen van logistieke problemen, inzicht in en een anticiperende houding ten aanzien van het verschillend functioneren van de ziekenhuizen in de IKC-regio's, zijn belangrijke aspecten hierbij. De mogelijkheid tot geprotocolleerde zorg en regionale samenwerking biedt daarnaast verdere mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek. Te denken valt daarbij aan een regionale weefselbank voor genetisch en moleculair biologisch onderzoek en ondersteuning vanuit de IKC's bij datamanagement voor klinische trials.

Tot slot maar zeker niet onbelangrijk, de financiële aspecten van deze vormen van samenwerking moeten vanaf het begin worden meegenomen en meegewogen in overleg met de zorgverzekeraars en de financiering moet voor de langere termijn worden gegarandeerd. Kostendeckende afspraken voor complexe oncologische gastrointestinale chirurgie analoog aan de transplantatie chirurgie.

Zorgonderzoek

De komende jaren zal naast de ingrijpende nieuwbouw de Thematisering een belangrijke stempel drukken op de ontwikkelingen in het Erasmus MC.



Nieuwbouw

Niet het thematiseren zelf maar het optimaliseren van de kwaliteit van professionele zorg moet hierbij het doel zijn. Binnen de afdeling Heelkunde is dit al nadrukkelijk het geval getuige de aanstelling van wetenschappelijke onderzoekers en medewerkers binnen het clusterbureau op het gebied van kwaliteitsverbetering van zorg en patiëntveiligheid. De ondersteuning vanuit het clusterbureau op deze gebieden is van grote toegevoegde waarde en een blijk van waardering hiervoor is op zijn plaats.

Binnen de afdeling Heelkunde van het Erasmus MC is de afgelopen jaren weinig tot geen aandacht geweest voor zorgonderzoek. Dit dient vooral te worden toegeschreven aan de vele interne reorganisaties.

Na de aanstelling van nurse practitioners, die primair als taak hebben het coördineren van zowel medische als verpleegkundige zorg voor een welomschreven groep patiënten moet dit veranderen. Vanwege het functieprofiel van de nurse practitioner ontstaat nu de mogelijkheid, tot het verrichten van gericht zorgonderzoek.

Gezien de toegenomen complexiteit van verschillende chirurgische ingrepen is er een toenemende behoefte ontstaan om niet alleen de 'cure' van de patiënten te optimaliseren maar ook de 'care'. Vele patiënten met een ernstige aandoening, en de hieruit voortkomende intensieve zorg, kunnen baat hebben bij zorgonderzoek dat gericht is op verbeteringen en standaardisering van zorgverlening op weg naar optimal medical decision making. Gezien de vaste, niet afdeling- maar patiënt gebonden functie van de nurse practitioners, kunnen eventueel te ontwikkelen interventies gestoeld op onderzoeksbevindingen relatief eenvoudig worden geïmplementeerd in de praktijk. Bij de verdere ontwikkeling van klinische zorgpaden kunnen deze bevindingen nauw worden betrokken.

De samenwerking met de Intensive Care biedt uitzicht op een succesvol initiatief, te meer omdat op deze afdeling veel aandacht bestaat voor wetenschappelijk onderzoek naar de “care” van ernstig zieke patiënten. Het Evidence Based Care by Nurses vormt daarbij een goede stimulans voor de academisering van de verpleegkundige discipline. Gezien de toenemende belangstelling bij de zorgverzekeraars voor zorgonderzoek, zijn er goede mogelijkheden om externe fondsen hiervoor aan te boren. Al in een eerder stadium heeft financiering voor de opleiding van een nurse practitioner via deze route plaatsgevonden.

Waar liggen de mogelijkheden voor zorgonderzoek bij patiënten met ernstige aandoeningen zoals het pancreascarcinoom?

Zorgonderzoek met een explorerend-descriptief design is noodzakelijk om uiteindelijk te kunnen determineren welke patiënten postoperatief kwetsbaar zijn. Op deze wijze kunnen mogelijk vroegtijdig, d.w.z. pre-operatief, patiënten met een verhoogd risico op een gecompliceerd postoperatief beloop worden geïdentificeerd. Angst bijvoorbeeld heeft een negatieve invloed op de werking van het immuunsysteem en leidt op die manier tot complicaties.

Deze kunnen leiden tot een verlengde postoperatieve Intensive Care opname en een toegenomen zorgzwaarte op de verpleegafdeling. Maar daarnaast kunnen zij aanleiding geven tot een grotere zorgconsumptie na ontslag vanuit het ziekenhuis. Een aanzienlijk deel van de patiënten zal een beroep moeten doen op de voorzieningen van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Het is noodzakelijk met behulp van zorgonderzoek inzichtelijk te maken welke patiënten, wanneer, voor extramurale psychosociale begeleiding in aanmerking komen.

Onderzoek naar optimale postoperatieve pijnbestrijding in samenwerking met de afdeling anesthesie. Ontoereikende pijnbestrijding kan voor tal van fysiologische verstoringen in het metabolisme zorgen, waardoor de patiënt vertraagt en in sommige gevallen minder goed herstelt. Angst is ook hierbij weer belangrijk. Uit meerdere studies komt naar voren dat angst voorafgaande aan een operatieve ingreep van voorspellende waarde is voor de mate waarin men pijn postoperatief ondervindt: hoe meer angst tevoren, des te meer pijn achteraf. Ook onderzoek naar de kwaliteit van palliatieve zorg en naar de optimale psychosociale ondersteuning is voor patiënten met een pancreascarcinoom, gezien hun slechte prognose, zoals u eerder heeft gezien, van groot belang.

In 2008 werd in ons ziekenhuis een studie verricht naar de zorgbehoefte van patiënten met onder andere inoperabele pancreastumoren. Naast de vele lichamelijke en emotionele problemen die de patiënten benoemden waren zij veelal teleurgesteld in de psychosociale begeleiding. Het verwachtingspatroon lag aanmerkelijk hoger. Opvallend maar te gelijktijd bedroevend was het te vernemen dat zij zich zorgen

maakten over ondersteunde thuiszorg en de mogelijkheid tot ziekenhuis opname indien noodzakelijk. Het is dan ook opmerkelijk voor mij in het jaarverslag van de KWF Kankerbestrijding 2009 het volgende te moeten constateren. Aan fundamenteel kankeronderzoek en translationeel en toegepast onderzoek wordt in totaal in 2009 meer dan 55 miljoen Euro besteed. Op een totale begroting van meer dan 80 miljoen Euro wordt slechts 25.000 Euro uitgegeven aan wetenschappelijk onderzoek naar psychosociale ondersteuning van kanker patiënten. Het spreekt voor zich dat ik er de komende jaren sterk voor zou willen pleiten bij onder andere het KWF om meer financiële ruimte te creëren voor zorgonderzoek. Dit betekent dat er bij de medische specialisten meer aandacht moet komen voor deze vorm van onderzoek en er tijd gevonden moet worden om verpleegkundigen en nurse practitioners te begeleiden bij het opzetten wetenschappelijk verantwoord zorgonderzoek.

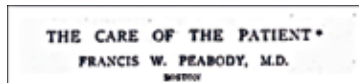


Faculteit

Onderwijs

Zoals te doen gebruikelijk nemen in het Erasmus MC onderwijs en opleiding een belangrijke plaats in. Het verheugt mij zeer hier actief in te zijn betrokken. Het is plezierig om te zien dat er binnen de Medische Faculteit een toenemende waardering is voor specialisten en wetenschappers die zich inzetten voor het medisch onderwijs. De drie musketiers Klootwijk, Themmen en Lange verdienen eveneens deze waardering vooral vanwege de manier waarop zij het nieuwe curriculum in de BaMa structuur vorm geven. Ondersteund door vele vaste docenten en een sterk team binnen zowel het OIG als DCO. In goed overleg geven zij de ruimte om een individuele visie op het onderwijs te implementeren binnen het nieuwe curriculum. Als u mij toe staat zal ik hier zo enkele voorbeelden van geven.

Maar eerst nog een woord over mijn visie. Deze is grotendeels gebaseerd op een artikel dat oorspronkelijk verscheen in het Journal of the American Medical Association en is getiteld “The Care of the patient”.



Artikel “The Care of the patient”

Het is heden ten dagen nog net zo sprekend en inspirerend als het was meer dan 80 jaar geleden. Het is het meest geciteerde en gewaardeerde artikel in de medische literatuur. Het artikel vloeit voort uit een college gegeven door Francis Weld Peabody aan de studenten op de Harvard Medical School op 21 oktober 1926.



Francis W. Peabody

Francis W Peabody werd geboren in Cambridge, Massachusetts op 24 november 1881. Hij was de zoon van Francis Greenwood Peabody (1847-1936), voormalig professor aan Harvard University en Cora Weld (1848-1914). Na de middelbare school op Harvard College begon hij zijn medicijnen studie in 1903 aan de Harvard Medical School. In 1907 behaalde hij de titel Doctor of Medicine. Na een bezoek aan vele klinieken in Duitsland, Rusland en Denemarken keerde hij in 1914 terug in Boston.

Dr. Peabody werd een positie aangeboden in het nieuw gebouwde Peter Bent Brigham Hospital, een ziekenhuis gebouwd naast de Harvard Medical School en speciaal bedoeld voor het opleiden van medisch studenten. Hier lagen de mogelijkheden voor de ontwikkeling van een moderne kliniek waarbij onderwijs en research een belangrijke functie hebben. In 1921 werd hij Professor of Medicine aan Harvard University en Director van het Thorndyke Memorial Laboratorium.

Deze research afdeling van het Boston City Hospital, een algemeen ziekenhuis, is van grote invloed geweest op de ontwikkeling van de medische educatie in Amerika. Voor het eerst werd duidelijk dat patiëntenzorg, medisch onderwijs en wetenschappelijk onderzoek nauw met elkaar verbonden zijn niet alleen in universiteiten maar ook in algemene ziekenhuizen. Deze nieuwe moderne visie en zijn succes als docent en onderzoeker werden door vele universiteiten zeer gewaardeerd en Prof Peabody was vaak betrokken bij reorganisaties van zowel universiteiten als afdelingen in de Amerika. Vanwege zijn interesse en sympathie voor jonge onderzoekers werd hij lid van de Editorial Board van de in 1924 opgerichte Journal of Clinical Investigation. In 1926 werd hij geconfronteerd met een ongeneeslijke ziekte tot grote schrik van zijn vele collega's, medisch studenten, wetenschappers maar vooral van zijn patiënten. Enkele maanden voor zijn dood gaf hij een memorabel gastcollege aan de medisch studenten van de Harvard Medical School.

Enkele citaten

“De meest voorkomende kritiek op dit moment door oudere artsen is dat jonge afgestudeerde medisch studenten veel hebben geleerd over het mechanisme van de ziekte, maar heel weinig over de praktijk van de geneeskunde - of, grofweg, ze zijn te ‘wetenschappelijke’ en ze weten niet hoe echt voor patiënten te zorgen

De vraag is natuurlijk hoe voorbereid de beoefenaar van de oudere generatie was op zijn werkzaamheden toen hij voor het eerst werd opgenomen in de praktijk, en hoe veel tijd het hem uiteindelijk heeft gekost om orde te scheppen in de verwarring tussen wat hij heeft geleerd aan de universiteit en wat hij heeft verworven in de hardere school van praktische ervaring

Dat neemt niet weg dat de aanklacht ernstig is en wordt ondersteund door een groot aantal recent afgestudeerden, die van mening zijn dat zij in de uiteindelijke uitoefening van de geneeskunde in veel situaties terecht komen waarop zij niet adequaat kunnen anticiperen en waar zij niet effectief mee om kunnen gaan”.

Een goed voorbeeld van zo'n situatie doet zich voor bij het acuut onwel worden van, niet alleen patiënten in het ziekenhuis, maar bijvoorbeeld van mensen op straat of op het sportveld.

Door onze medisch studenten zelf werd aangegeven dat een gedegen kennis van een goede Eerste Hulp verlening, vroeg in de opleiding, noodzakelijk is om in deze situaties effectief hulp te kunnen bieden. Dit is goed voor te stellen als medisch student, omdat iedereen in hun nabije omgeving op de hoogte is van het feit dat zij medicijnen studeren ingeval van een eventuele reanimatie. De arts in opleiding wordt dan geacht kordaat en adequaat te kunnen handelen.

U moet zich realiseren dat in de komende jaren meer dan 400 nieuwe medisch studenten zich jaarlijks aanmelden voor de studie geneeskunde aan onze universiteit. Hoe nu dit grote aantal eerste jaar studenten de basis van de basic life support bij te brengen en oud kolonel Walter Henny, die jarenlang deze taak op zich heeft genomen, te vervangen?

De creatieve geest van enkele gevorderde medisch studenten heeft mij geholpen bij het vorm geven van een adequate oplossing. Zo werd in korte tijd een studententeam opgericht voor het Eerste Hulp onderwijs aan onze faculteit. In samenspraak met de studenten zelf werd allereerst een 3 maanden durende opleiding opgezet voor alle studenten die zich na een open sollicitatie hadden aangemeld. Naast medisch inhoudelijk kennis door medisch specialisten werden door medewerkers van de Desiderius school didactische vaardigheden gedoceerd tot vaak laat in de avond.

Medisch studenten

Na de opleiding werden verschillende verpleegkundige van onze afdelingen getraind door de studenten onder toezienend oog van genoemde onderwijskundigen. Door grotendeels de studenten zelf werd een syllabus geschreven met prachtige illustraties en zo werd het vaardigheidsonderwijs inhoud gegeven. Bij het afsluitende examen, onder toezienend oog van arts assistenten en chirurgen van onze afdeling, is de gedrevenheid van de studentendocenten aandoenlijk om waar te nemen. En het is hun verdienste dat het op deze wijze aanleren van de praktische vaardigheden om te kunnen reanimeren, door hun jongere collegae goed wordt gewaardeerd. Voor mij is het prachtig om te zien dat dit mogelijk is in het Erasmus MC en dat er zo veel ondersteuning geboden wordt bij het opzetten van nieuwe vormen van onderwijs. Een woord van dank aan een ieder die zich hiervoor inzet is dan ook op zijn plaats.



Eerste hulp onderwijs

Terug naar Peabody:

“Men kan niet verwachten een bekwame beoefenaar van de geneeskunde op te leiden in de vijf of zes jaar binnen het medisch curriculum. Geneeskunde is niet een vak wat geleerd moet worden, maar een beroep dat wordt binnen getreden.

Wanneer men de verbazende vooruitgang van de medische kennis in de laatste dertig jaar, en de enorme massa van wetenschappelijke materiaal dat beschikbaar moet worden gesteld aan de moderne arts in ogenschouw neemt, is het niet verwonderlijk dat de universiteiten de neiging hebben zich meer en meer te bekommeren om het theoretische deel van de opleiding. Doordat ze zijn opgegaan in de moeilijke taak om nieuwe kennis te onderwijzen en te toetsen, is het gemakkelijk om over het hoofd te zien dat de toepassing van de beginselen van de wetenschap voor de diagnose en de behandeling van de patiënt, slechts van beperkte waarde zijn voor de medische praktijk. De praktijk van de geneeskunde in de breedste zin van het woord omvat

namelijk de gehele relatie van de arts met zijn patiënt. Het is een kunst, gebaseerd op toenemende medische wetenschappen, maar bevat nog steeds veel aspecten die buiten het domein van iedere wetenschap vallen. De kunst van de geneeskunde en de wetenschap van de geneeskunde zijn niet antagonistisch, maar vullen elkaar aan. Goed medisch handelen, veronderstelt een inzicht in de wetenschappen die bijdragen tot de structuur van de moderne geneeskunde, maar het is duidelijk dat een gedegen en professionele opleiding veel breder moet zijn uitgerust”.

Hoe nu deze visie te implementeren binnen het huidige curriculum?

Het basis wetenschappelijke materiaal en de medische kennis wordt de medisch studenten op moderne wijze in de Bachelors fase ter beschikking gesteld. Vanaf het begin moet duidelijk worden gemaakt dat deze inhoudelijke basis kennis noodzakelijk is voor een optimale patiëntenzorg. Daarom zijn patiëntendemonstraties in de collegezaal nog steeds van grote toegevoegde waarde en nemen die een belangrijke plaats in binnen het Heelkundig preklinisch onderwijs. Naast de toepassing van de theoretische kennis moet de persoonlijke relatie tussen arts/docent en patiënt een voorbeeld zijn voor de toekomstige artsen. Op deze wijze wordt kennis gemaakt met de Kunst van de Geneeskunde. Het is vaak indrukwekkend om te zien hoe intensief de jonge artsen al emotioneel betrokken zijn bij gepresenteerde patiënten.

Een andere nieuwe vorm van onderwijs, waarbij opnieuw de arts- patiënt relatie centraal staat, is het vaardigheidsonderwijs “Slecht nieuws” gesprek. In het thema oncologie wordt een begin gemaakt met het aanleren van vaardigheden om op een empathische manier het slechte nieuws te brengen.

In samenwerking met de afdeling medische psychologie en oncologie zijn verschillende gesprekken opgenomen met zowel “echte” patiënten als acteurs, daarnaast wordt gebruik gemaakt van bekende filmfragmenten Met behulp van deze opnames worden de studenten actief betrokken bij vaak moeilijke situaties en wordt uitgebreid ingegaan op het belang van de arts-patiënt relatie en de verschillende vormen van gesprekstechnieken.

U ziet hier enkele voorbeelden.

Het zal u niet verbazen dat in mijn visie op onderwijs deze vorm van actieve educatie in de komende jaren verder zal moeten uitgroeien. Op de polikliniek Heelkunde is inmiddels een studio ingericht, zodat het mogelijk wordt om gesprekken tussen medisch studenten en patiënten op te nemen. Hiermee hopen we de praktijk van de geneeskunde beter te kunnen toetsen en de waarde van de relatie met de patiënt te benadrukken. Want het geheim van de patiëntenzorg schuilt immers in de aandacht voor de patiënt.

De komende jaren hoop ik mijn enthousiasme voor het onderwijs te kunnen overbrengen op jongere chirurgen en ga ik er van uit dat het onderwijs in onze afdeling de plaats krijgt die het verdient.

Kwalitatief hoogwaardige ondersteuning voor iemand als Huug Tilanus, die naast zijn vele chirurgische activiteiten, zich als een van de weinigen intensief inzet voor het wel en wee van de coassistenten, is daarbij hoogst noodzakelijk.

Ook voor de assistenten in opleiding tot chirurg geldt mijns inziens dat zij zich goed moeten realiseren dat het eerder genoemde geheim van de patiëntenzorg schuilt in de aandacht voor de patiënt. Pas de afgelopen jaren ben ik mij gaan realiseren hoe belangrijk het voor mij is geweest te zijn opgeleid tot chirurg aan het bed van de patiënt. Dagelijks visite lopen met 'jonge klaren' chirurgen en één keer per week met de grote baas. Geen dagelijks cursorisch onderwijs of c(r)ash cursus maar zelfstudie aan de hand van patiënten casus. Tijdens het zogenaamde Circus zeldzame afwijkingen van patiënten presenteren.

Aan de haken

Geen LISA cursus maar als derde aan de haken bij vele verschillende langdurige ingrepen om de anatomie onder de knie te krijgen. Geopereerde patiënten zelf terug zien op de polikliniek en zelf je eigen complicaties oplossen. Je altijd bewust zijn van het feit dat een patiënt geen 5 dagen in de week na een grote operatie op je afdeling ligt. Luisteren naar de verpleging om te vernemen waar jouw patiënt op dat moment behoefte aan heeft.

Altijd een eerste ingreep uitvoeren met of de opleider of een andere ervaren chirurg en dan frequent een zelfde operatie in een bepaalde periode opnieuw verrichten. Trots zijn dat je op jeugdige leeftijd gedeeltelijke verantwoordelijkheid mag dragen voor de opvang van patiënten op een spoedeisende hulp. Ondanks je opleiding tot chirurg je tevens verdiepen in andere aandoeningen van jouw patiënt.

Als geen ander realiseer ik me dat de opleiding tot chirurg, mede door de arbeidstijdverkortening en de huidige maatschappij, aanzienlijk complexer is geworden. Maar de behoefte van de patiënt aan passende zorg is er niet minder opgeworden. Opleiden aan bed, gestructureerde stages, discipline en samenwerking met de verpleging kunnen invulling geven aan deze behoefte. Mijn opleiding was zo slecht nog niet.



'Aan de haken'

Naar ik hoop heb ik vandaag een aanzet gegeven tot de verdere ontwikkeling van regionalisatie van zorg voor patiënten met een pancreascarcinoom. Er moet worden uitgegaan van de jaarlijks nagenoeg constante zorgbehoefte van de patiënten en niet van individuele belangen van medisch specialisten of ziekenhuizen. Een belangrijke rol is daarbij weggelegd voor de integrale kankercentra, die zich sterker moeten gaan profileren en meer moeten opkomen voor patiëntenbelangen. Deze ontwikkeling zal niet alleen de kwaliteit van zorg in Nederland aanzienlijk verbeteren maar ook de wachttijden drastisch verminderen en zowel het klinisch als basaal wetenschappelijk onderzoek ten goede komen. Zowel binnen de opleiding tot medisch specialist als in het academisch onderwijs dient er niet alleen aandacht te zijn voor het overdragen

van wetenschappelijke kennis. Het op een persoonlijke wijze begeleiden van patiënten en de empathische zorg aan bed dragen eveneens in een belangrijke mate bij aan de vorming van een toegewijde arts of chirurg.

Het zal U duidelijk zijn, ik ben er trots op te mogen werken in het Erasmus MC en daarom wil ik de Rector Magnificus en de leden van het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit en de Raad van Bestuur van het Erasmus MC en in het bijzonder de Decaan bedanken voor de instelling van deze leerstoel en het in mij gestelde vertrouwen.

Verder durf ik niemand apart meer te bedanken want als ik dat nu nog moet doen ben ik veel te laat. Maar de waardering en het respect voor mijn opleiders, verschillende afdelingshoofden, oude en nieuwe collega's, chirurgen en andere specialisten, zowel in het Erasmus MC als daar buiten en voor de verpleging en secretaresses is groot.

Querida familia espaniola, perdonar me por hablar tanto en Holandes. Espero que el Domingo y mas tarde con el equipo lo paseis mejor. Mil gracias por estar hoy aqui conmigo y espero que lo podamos celebrar mucho mas con una familia tan estupendo.

Lieve Mam, het is allemaal begonnen op de Coolhaven. Veel dank want ondanks je leeftijd hou je mij scherp.

Cas, Willem, Sa, Louise en Joost (de kleine blonde Nadal) met zulke ouders hebben jullie het maar getroffen, jullie zijn kanjers.

Lieve Charo, en el fondo de los ojos se ve el alma. Los tuyos no pueden ser mas sincero y cariñoso. Que suerte tengo.

Ik heb gezegd

*Deze publicatie betreft een oratie aan
de Erasmus Universiteit Rotterdam*

ISBN 978-90-77906-74-3

